Cristina Limeira Leite

CUIDADOS PALIATIVOS E A ARTE DE CUIDAR EM ENFERMAGEM

Editora Poisson

Cristina Limeira Leite

Cuidados paliativos e a arte de cuidar em enfermagem

1ª Edição

Belo Horizonte

Editora Poisson

2023

Editor Chefe: Dr. Darly Fernando Andrade

Conselho Editorial
Dr. Antônio Artur de Souza – Universidade Federal de Minas Gerais
MSc. Davilson Eduardo Andrade
Dra. Elizângela de Jesus Oliveira – Universidade Federal do Amazonas
MSc. Fabiane dos Santos
Dr. José Eduardo Ferreira Lopes – Universidade Federal de Uberlândia
Dr. Otaviano Francisco Neves – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Dr. Luiz Cláudio de Lima – Universidade FUMEC
Dr. Nelson Ferreira Filho – Faculdades Kennedy
MSc. Valdiney Alves de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

L533 LEITE, Cristina Limeira

Cuidados paliativos e a arte de cuidar em enfermagem
Editora Poisson/ Belo Horizonte - MG: Poisson, 2023

Formato: PDF
ISBN: 978-65-5866-340-9
DOI: 10.36229/978-65-5866-340-9

Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia

1.Saúde 2. Enfermagem I. LEITE, Cristina Limeira II. Título

CDD-610

Sônia Márcia Soares de Moura – CRB 6/1896

O conteúdo deste livro está licenciado sob a Licença de Atribuição Creative Commons 4.0.
Com ela é permitido compartilhar o livro, devendo ser dado o devido crédito, não podendo ser utilizado para fins comerciais e nem ser alterada.

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

Esse e outros títulos podem ser baixados gratuitamente em www.poisson.com.br
Entre em contato pelo contato@poisson.com.br

Organizadora

Cristina Limeira Leite

Enfermeira. Doutora em Ciências - UFRJ/UNIRIO; Mestre em Ciências Ambientais e Saúde - PUC/GO; Especialista em UTI; Especialista em Enfermagem do Trabalho; Especialista em Estomaterapia. Docente da Universidade Ceuma nos cursos de Enfermagem e Odontologia, membro do NDE e Colegiado do curso de enfermagem e professora orientadora das Ligas de Anatomia Humana (LAHH), Liga de Oncologia (LAONCO) e Liga de Enfermagem em Terapia Intensiva (LAIET). Professora Substituta na Universidade Federal do Maranhão - UFMA. Tem experiência nas áreas de Assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico, Saúde do trabalhador, Enfermagem em Terapia Intensiva, Estomaterapia, Sistematização da Assistência de Enfermagem, Anatomia Humana e Metodologias ativas.

Prefácio

Nas páginas que você está prestes a ler, mergulhamos em um mundo delicado e profundo, onde a compaixão é a luz que ilumina o caminho daqueles que enfrentam a jornada final da vida. Este livro não é apenas um tratado sobre cuidados paliativos; é um exemplar da incrível força e dignidade humanas mesmo nos momentos mais desafiadores.

A história dos cuidados paliativos é uma história de amor. É sobre a arte de aliviar o sofrimento físico, emocional e espiritual daqueles que estão no crepúsculo de suas vidas. É sobre segurar a mão de alguém enquanto eles atravessam o limiar entre a vida e a morte, oferecendo conforto, compreensão e, acima de tudo, respeito.

Em nossas palavras, você encontrará uma abordagem diferenciada sobre cuidados paliativos, de modo a repensar sua abordagem ao paciente que se encontra diante de uma doença tida como incurável. E dessa forma, possamos juntos, unidos por um objetivo comum: proporcionar dignidade na despedida.

Ao ler estas páginas, você será levado ao cerne da enfermagem paliativa, onde o toque suave de uma mão pode acalmar tanto quanto qualquer medicamento, onde um sorriso gentil pode trazer esperança mesmo nos momentos mais sombrios. Cada palavra aqui é um tributo à incrível resiliência dos pacientes e às habilidades inabaláveis dos profissionais de enfermagem que estão lá para apoiá-los.

Além das técnicas e estratégias vitais compartilhadas nestas páginas, este livro é uma celebração do espírito humano. É uma prova de que, mesmo na face da morte, a vida pode ser vivida com significado e paz. É um convite para que todos nós, não apenas aqueles no campo da enfermagem, abracemos a fragilidade da existência e encontremos beleza na compaixão.

Com gratidão pela sua disposição em explorar este mundo conosco,

Sâmia Marques Tocantins Lopes

Enfermeira. Especialista em Urgência, Emergência e UTI. Residente em Saúde da Mulher e da Criança - UFPA.

Imperatriz, MA 22/10/2023

SUMÁRIO

Capítulo 1: Conceito e surgimento dos cuidados paliativos no mundo..... 07

Capítulo 2: Surgimento dos cuidados paliativos no Brasil 15

Capítulo 3: Panorama dos cuidados paliativos no Brasil 20

Capítulo 4: Princípios éticos e bioéticos do cuidado paliativo..... 27

Capítulo 5: Modalidades de assistência em cuidados paliativos e as resoluções 33

Capítulo 6: Importância da enfermagem nos cuidados paliativos e da sistematização de assistência..... 36

Capítulo 7: Diagnósticos e intervenções de enfermagem nos cuidados paliativos a pacientes oncológicos 39

Referências 45

CAPÍTULO

01 Conceito e surgimento dos cuidados paliativos no mundo

"Na enfermagem paliativa, encontramos o verdadeiro significado da compaixão - é quando o cuidado é mais do que uma tarefa, é um ato de amor e dignidade no último capítulo da vida."

O termo paliativo tem sua origem no latim *pallium* que significa proteção, diz respeito daquilo que acalma temporariamente. Assim, o termo "cuidados paliativos" é utilizado para conceituar as ações da equipe de saúde aos pacientes que estão fora da possibilidade terapêutica de cura para o conforto e minimização da dor, o que pressupõem uma ação de cuidado em todos os aspectos, no qual o paciente deve ser assistido integralmente (HERMES; LAMARCA, 2013).

A partir dessa visão, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu como cuidado paliativo uma abordagem de cuidados que visa promover a qualidade de vida dos pacientes e familiares em face dos problemas gerados pela doença, o que envolve a prevenção de agravos, a minimização e o alívio do sofrimento, o que pode ser de natureza física, psicossocial e espiritual (WHO, 2016). A Organização das Nações Unidas (ONU), definiu pela primeira vez cuidados paliativos como um

> [...] cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e

> espirituais é primordial. O objetivo do Cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares (WHO, 1990)

Com base nesse conceito, é importante ter em mente que cuidados paliativos não se baseia em protocolos de cuidados, mas sim, em princípios. Partindo dessa premissa, Matsumoto (2012) afirma que em se tratando de cuidados paliativos é importante compreender alguns pontos: 1) o cuidado paliativo não se remete a terminalidade, mas em doenças que ameaçam a vida do indivíduo; 2) Não se trata de impossibilidade de cura, mas na viabilidade ou não de um tratamento modificador; 3) o seu cuidado deve abranger todas as dimensões do ser humano, inclusive a espiritualidade.

A partir do momento que se tem essa compressão, afasta-se a ideia de que "não tem mais nada a fazer". Isso se dá pelo fato de que durante a luta pela busca de cura das doenças e o avanço tecnológico e de instrumentos de saúde, acabaram contribuindo para o surgimento da cultura da negação da morte, sendo que é uma questão que está implícita na prática dos profissionais de saúde (REGO; PALÁCIOS, 2006).

Entretanto, diante dessa negação da morte, restringe-se as ações apenas as técnicas, deixando de lado as intervenções de saúde que visam promover um final de vida digno para o indivíduo que não tem a garantia de cura, sendo encarada por muitos profissionais como um fracasso na assistência de cuidado (GALRIÇA NETO, 2010). Nesse contexto, Matsumoto (2009, p. 14) vem dizer que

> Os pacientes fora de possibilidade de cura acumulam-se nos hospitais, recebendo invariavelmente assistência inadequada, quase sempre focada na tentativa de recuperação, utilizando métodos invasivos e alta tecnologia. Essas abordagens, ora insuficientes, ora

> exageradas e desnecessárias, quase sempre ignoram o sofrimento e são incapazes, por falta de conhecimento adequado, de tratar os sintomas mais prevalentes, sendo a dor o principal e mais dramático:

Segundo Barros (2016) o cuidado paliativo tanto em pacientes oncológicos ou de enfermidades crônicas está ligada ao valor da vida, isto é, sendo a morte vista como um processo natural, e que não há a necessidade de acelerar esse processo, mas garantir ao paciente qualidade de vida nos dias que restam.

Por essa razão, Alves et al. (2015) afirmam que a qualidade de vida é indispensável ao cuidado paliativo, e para isso, é preciso auxiliar os pacientes no âmbito espiritual, emocional, psicológico e social no decorrer da assistência do doente e sua família. Além disso, é muito importante que os sistemas de saúde ofereçam a possibilidade de acesso aos serviços que visam melhorar o sofrimento desse paciente e proporcionar qualidade de vida, uma vez que já é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002).

Segundo Rodrigues (2014) os cuidados paliativos contemplam as necessidades dos pacientes terminais, que não esperam mais a cura da doença. Embora na prática seja este termo o mais utilizado, outros também são aplicados como “paciente fora de possibilidade Terapêutica, fora de possibilidade de cura ou paciente em fase de terminalidade.

Os pacientes nestas condições compreendem o seu estado e necessitam de conforto diante da morte, assim, esse cuidado deve ter como ênfase a preservação da dignidade e alívio do sofrimento, e cujos cuidados devem ser aplicados por uma ampla abordagem, isto é, não envolve somente o cuidado ao paciente, mas também a família, principalmente nas questões emocionais, psicológicas. Além disso, as estratégias de ações devem ser individuais (MECHELEN et al., 2013; RANALLO, 2017).

Nesse processo de cuidado paliativo a família também deve ser inserida e acolhida durante todo o processo, uma vez que segundo Maciel (2008) a família corresponde a unidade de cuidado, sendo responsável por manter um canal de comunicação com a equipe, além de ativar participar ativamente no cuidado quando se sentem seguros e acolhidos.

> Quando os familiares compreendem todo o processo de evolução da doença e participam ativamente do cuidado sentem-se mais seguros e amparados. Algumas complicações no período do luto podem ser prevenidas (MACIEL, 2008, p. 20)

Segundo Matsumoto (2012) os Cuidados Paliativos surgiram como uma forma inovadora de assistência a saúde, e de certa forma, mais humanizada, pois fundamentalmente tem como visão o foco o cuidado integral, por meio da prevenção e controle de sintomas que ameaçam a vida, além de aplicar esse conceito não somente ao paciente mais aos que estão a sua volta, que também adoece e sofre junto.

Por ter uma abordagem voltada para a integralidade do ser humano, as intervenções devem ser aplicadas aos sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual, o que exige a participação de uma equipe multidisciplinar, contando com enfermeiros e técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, assistentes espirituais, a fim de abranger todas as dimensões, com o intuito de trazer alívio e qualidade de vida ao paciente e seus familiares, buscando entender o limite de cada um e confortando-o até a morte (MACIEL, 2008; PINTO et al., 2009; HERMES; LAMARCA, 2010).

Essa nova visão deu origem aos Cuidados paliativos. Apesar de serem reconhecidas de forma recente, as práticas dos Cuidados Paliativos já eram utilizadas ainda na Idade Média, em que se desenvolve a ideia de priorizar o conforto. Historicamente pode-se dizer que seu surgimento foi com o termo

Hospice, que se tratava de abrigos destinados a receber e cuidar de peregrinos e viajantes, amplamente disseminada pelo cristianismo (CARLO, 2015).

> Durante as Cruzadas na Idade Média, os mosteiros ofereciam cuidados aos doentes e moribundos, além dos viajantes com fome, etc. As ordens religiosas estabeleciam "hospices" na encruzilhada-chave no caminho para santuários religiosos, como Santiago de Compostela (Espanha). Ironicamente, as pessoas morriam nesses abrigos, durante a peregrinação em busca de curas para suas doenças (CARLO, 2015, p. 01).

No século XVII na Europa, começaram a surgiram várias instituições religiosas de caridade abrigando doentes, órfãos e os pobres, que no século XIX passaram a ter características hospitalares. Porém o surgimento oficial dos Cuidados Paliativos foi na década de 60 na Inglaterra, com a médica Cicely Saunders, que também era assistente social e enfermeira, dando início ao movimento dos cuidados paliativos, e trazendo uma como uma ideologia humanitária de assistência, a fim de amenizar a dor e o sofrimento de pacientes em estado terminal, e no ensino e na pesquisa (MATSUMOTO, 2012; SANTOS; LATTARO; ALMEIDA, 2011; DU BOULAY, 2007).

A origem desse cuidado partiu com o primeiro estudo sistemático de 1.100 pacientes oncológicos em estágios avançados entres os anos de 1958 e 1965 por Cicely Saunders. E em 1967 foi criado a fundação St. Christopher´s Hospice em Londres, uma estrutura que permitiu a assistência de doentes ao mesmo tempo que permitia o desenvolvimento de pesquisas e do ensino, sendo considerado um marco na história do cuidado paliativo, e que se tornou a referência inicial para os Cuidados Paliativos, com a visão de atender o paciente gravemente doente a partir da ótica dor (DU BOULAY, 2007; MARINO; ARÁN, 2011; NASCIMENTO; DELBONI, 2021).

Na década de 1970 esse movimento foi trazido para a América, após o contato de Elisabeth Klüber-Ross psiquiatra suíça que vivia nos Estados Unidos, com os trabalhos de Cicely Saunders, assim como o estudo de Robert Twycross que mostravam evidências acerca dos opiáceos no alivio areal da dor dos pacientes com câncer avançado. A partir de então, foi fundada um hospice na cidade de Connecticut nos Estados Unidos entre os anos de 1974 e 1975, dando início a disseminação desse movimento, passando a integrá-los aos pacientes que já não havia possibilidade de cura em vários países (MATSUMOTO, 2012).

> O movimento moderno dos cuidados paliativos iniciado na Inglaterra na década de 1960, e que posteriormente expandiu para Canadá, Estados Unidos da América e nos últimos 25 anos do século XX, para o restante da Europa, teve o mérito de chamar a atenção para o sofrimento dos pacientes incuráveis, para a falta de respostas por parte dos serviços de saúde e para a especificidade dos cuidados que deveriam ser dispensados a esta população, proporcionando aos pacientes que possivelmente vão morrer em curto prazo, a possibilidade de receber cuidados num ambiente apropriado, que promova a proteção da sua dignidade (CHAVES et al., 2011, p. 250)

A partir da criação dessa fundação na Inglaterra, outros países passaram a implementar esse cuidado, inicialmente nos Estados Unidos, Canadá, Escócia e Irlanda. E atualmente este tipo de cuidado está presente em diversos países com o objetivo de proporcionar uma maior qualidade de vida ao paciente que não apresenta chances de curas e de seus familiares, a fim de

minimizar a dor e o sofrimento de ambos, (CARRASQUILLA, 2007; FONSECA; GEOVANINI, 2013).

No ano de 1982, o comitê de Câncer da Organização Mundial da Saúde criou um grupo para fosse definido todas as políticas de alívio da dor bem como os cuidados paliativos, cujo terma já era utilizado no Canadá, porém pela dificuldade de tradução de alguns idiomas, passou a adotar o termo Hospice. Nesse mesmo ano, foi implantado o primeiro hospice pediátrico, chamado de Helen House no Reino Unido (SANTOS; FERREIRA; GUIRRO, 2020).

Porém foi somente em 1990 que aconteceu a definição dos conceitos e princípios dos cuidados paliativos, passando a ser recomendado e preconizado como assistência integral aos pacientes com câncer, visando o cuidado final da vida, e passando a ser considerado um pilar básico de cuidado a esses pacientes, uma vez que integra a prevenção, o diagnóstico e o tratamento, sendo implementadas na assistência em diversos países (OMS, 2007).

> Nos anos 90, os planos oncológicos do Reino Unido, Estados Unidos da América, Canadá, Austrália e Nova Zelândia, recomendam a introdução precoce dos cuidados paliativos na trajetória da doença oncológica, assim como foi introduzida na China, como prática regular a utilização da escada analgésica da OMS. [...] a Organização Pan-americana de Saúde incorpora de forma oficial os programas de cuidados paliativos nos planos nacionais e regionais de saúde. [...]. Surgem as primeiras UCP na Holanda, Uganda, Argentina, Colômbia, Brasil e Chile. (CAPELAS et al., 2014, pp.09-10)

No ano de 2002, o conceito de cuidados paliativos foi revisado e ampliado, passando a integrar não somente pacientes oncológico, mais outras patologias como AIDS, doenças cardíacas, doenças renais, doenças degenerativas e neurológicas. E em 2004 a OMS reitera a necessidade de incluir esses cuidados como parte da assistência completa à saúde, principalmente dentro de programas de saúde aos idosos, visto que, a maior prevalência de doenças crônicas é observada não população idosa (FLORIANI; SCHRAMM, 2007).

Vale destacar que os estudos de Elizabet Kubler-Ross já apontavam para a necessidade de uma construção de modelos específicos de atendimento dentro dos cuidados no fim da vida de pacientes graves, e na conjuntura de implantação internacional, também foi tomado por referência. Além disso, o desenvolvimento da ventilação mecânica e de inúmeros avanços das estruturas hospitalares contribuíram para a expansão dos cuidados paliativos, principalmente após a criação das unidades de terapia intensiva (MENEZES, 2003; NASCIMENTO; DELBONI, 2021; COSTA; SOARES, 2015).

A partir de então, os cuidados passaram a ser disseminados em todo mundo. No Uruguai, por exemplo, as instituições de saúde já apresentavam os serviços de Cuidados paliativos desde 1985. Porém foi somente do ano de 2005 que ganhou mais notoriedade com a introdução de equipes, e em 2013 com a definição do Plano Nacional de cuidados Paliativos, por meio da resolução nº 957/2013.

CAPÍTULO

02 Surgimento dos cuidados paliativos no Brasil

Com a finalidade de modificar os parâmetros existentes no cuidado aos pacientes incuráveis, é que os cuidados paliativos surgiram, trazendo um novo olhar para o sofrimento dos pacientes incuráveis, bem como se chamar atenção para a falta de resposta dos serviços de saúde a esses pacientes, e apontar para a necessidade de ter um cuidado especializado e um ambiente adequado, para que seja possível promover a proteção da integridade, autonomia e dignidade do indivíduo. Sendo assim, os cuidados surgiram como uma alternativa de cuidado (CHAVES et al., 2011; PINTO et al., 2009).

No Brasil as iniciativas dos cuidados paliativos foram em 1944, quando houve a criação do Asilo para pacientes com Câncer, cuja criação se deu em razão da fragilidade dos recursos e serviços existentes na época, com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos pacientes oncológicas em estágio avançado. Entretanto, a sua prática se deu na década de 1970, com iniciativas isoladas. Porém foi na década de 80 que os cuidados quando houve a implantação dos primeiros serviços de Cuidados Paliativos. Em 1983 foi criado o Serviço de Cuidados Paliativos no Rio Grande do Sul, e em 1986 a Santa Casa de Misericórdia em São Paulo, sendo os pioneiros (PALMEIRA; SCORSOLINI-COMIN; PERES, 2011; CAPELAS et al., 2014).

A partir de então, os pacientes terminais começaram a ser tratados de forma diferenciada, passando a ter um novo foco, já que não era mais a cura da doença. Posteriormente, as atividades terapêuticas foram ampliadas, transformando-se em Serviço de Suporte Terapêutico Oncológico (STO) em 1989. Nesse mesmo ano foi implantado o projeto piloto no Hospital de

oncologia, estando vinculado ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social/INAMPS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a).

Já no ano de 1990 por meio da Lei Orgânica da Saúde, esse tipo de cuidado foi fortalecido e regulamento em todo o território nacional, isso porque o art. 41 dessa lei determina o INCA como o órgão de referência na prestação de serviços de saúde, voltados para os cuidados paliativos (FIGUEIREDO, 2010).

Diante disso, houve a criação do Centro de Estudos e Pesquisas Oncológicas (CEPON) e o Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico (GESTO), nos Estados de Florianópolis e Rio de Janeiro. E em 1991 a implantação do primeiro serviço de cuidados paliativos no INCA. A partir de então, foram implantados os primeiros serviços especializados em cuidados Paliativos em vários hospitais no Brasil (FONSECA; GEOVANINI, 2013; SILVA, 2018).

De acordo com Melo, Valente e Menezes (2013) a década de 1990 foi a época de protagonismo do INCA, o que possibilitou inúmeros avanços, bem como a reestruturação e organização dos serviços com a criação de novos programas, ampliando assim, a abordagem assistencial aos pacientes oncológicos, reforçando a promoção da qualidade do cuidado, e com uma nova abordagem, com visão holística. Assim, novas experiências em cuidados paliativos foram surgindo, como o cuidado paliativo na Atenção Domiciliar no Paraná, em 1996, e os cuidados paliativos em AIDS no Hospital Emílio Ribas em São Paulo, em 1998 (PESSALACIA; ZOBOLI; SILVA, 2017).

No ano de 1996, foi inaugurado o Centro de Suporte Terapêutico Oncológico pelo Instituto Nacional do Câncer/INCA, posteriormente transformado em Unidade de Cuidados Paliativos/ICP-IV, no Rio de Janeiro, e no ano 2000, dá início aos Serviços de Cuidado Paliativo no Hospital do Servidor Público em São Paulo (SBGG, 2015).

No Brasil duas organizações que merecem destaque na fomentação dos cuidados paliativos. A primeira é a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), fundada em 1997 em São Paulo, composta por um grupo de profissionais que tinham como finalidade divulgar a prática dos cuidados paliativos no Brasil. A segunda, é a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) criada em 2005, proporcionado avanços na regulação e capacitação dos profissionais paliativista brasileira (SANTOS, 2011).

Em 1998, foi publicado a Portaria n.º 3.535 de 02 de setembro de 1998, em que prevê a reestruturação das unidades hospitalares no que se refere ao atendimento ao paciente oncológico, a fim de garantir a integralidade. Nos anos seguintes inúmeras portarias foram instituídas visando fortalecer os cuidados paliativos, como a Portaria nº 881/2001 que instituiu o Programa o Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar. Assim, os cuidados foram se fomentando e se expandido em todo o território brasileiro (HERMES; LAMARCA, 2013).

Paralelo a expansão dos serviços paliativos no país, houve diversas discussões em torno das práticas paliativas. Nesse sentido, em 1982, foi criada a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor/SBED, em 1997 e a Sociedade Brasileira de Cuidados Paliativos/SBCP (SANTOS, 2011).

No ano de 2002, foi publicado a Portaria GM/MS nº 19 de 03 de janeiro de 2002, instituindo o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, passando a debater acerar da capacitação profissional rever os cuidados aos pacientes com doenças crônico-degenerativa com o intuito de implementar os Cuidados Paliativos em todos os níveis de atenção a saúde, desde a atenção básica até a unidade Hospitalar (BRASIL, 2002a).

Nesse contexto, Othero (2010) resume os tópicos que devem compor a assistência voltada para os cuidados paliativos em: Controle da dor e outros sintomas; promover conforto; promover a prevenção dos agravos e incapacidades; a promoção da autonomia; manutenção de atividades e de

pessoas significativas para doente; ativação de recursos emocionais e sociais que contribuam no enfrentamento do processo de terminalidade e rede de apoio; e o apoio e a orientação aos familiares acerca de todo cuidado prestado.

Os cuidados paliativos no Brasil têm avançado, tornando-se evidente nos últimos 10 anos, visto que em 2011 houve o reconhecimento da especialidade médica paliativista. Entretanto, ainda tem muito que expandir, visto que se depara em muitas barreiras, em sua maioria na estruturação das unidades e extensão geográfica, o que contribui para que muitos pacientes não tenham acesso a esse tipo de serviço, e pelos debates éticos e na mudança nos currículos de graduação dos profissionais de saúde (SANTOS, 2011; FONSECA et al., 2013).

A presença dos cuidados paliativos na grade curricular na graduação dos profissionais corresponde a uma oportunidade de se consolidar no Brasil, ao passo que torna os profissionais com conhecimento adequado para a realização dessa assistência. Nesse sentido, Fonseca et al. (2013) realizam um estudo buscando identificar a presença de cuidados paliativos nos currículos de graduação dos profissionais de saúde, observando uma presença minoritária de disciplinas relacionadas aos cuidados paliativos, o que revela a deficiência na educação dos profissionais de saúde.

De acordo com Kovacs (2003) é muito importante que haja a capacitação dos profissionais focados na ética dos cuidados paliativos é primordial, visto que ela amplia a visão e o conhecimento a cerca do processo da vida e da morte. Além de permite um diálogo melhor com os paciente e familiares, já que se tratando de pacientes sem possibilidade de cura, não basta apenas o tratamento da doença ou alívio dos sintomas, mas trata-se em saber ouvir, atender e acolher esse paciente.

Além disso, Melo (2008) ainda apontam como desafios e empecilhos para o desenvolvimento dos cuidados paliativos no Brasil, a ausência de uma política nacional de alívio da dor; a ausência de uma política governamental

considerada adequada; a limitação no fornecimento de drogas necessárias para que haja o alívio da dor; a carência de recursos para pesquisa e o desenvolvimento na prática dos cuidados paliativos.

Com a finalidade de garantir a evolução dos cuidados paliativos e garantir parte da solução dos desafios, foi publicado a Resolução nº 41/2018, pela Comissão Intergestores Tripartite, formada pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), dispondo acerca das diretrizes para a organização dos cuidados paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde em todos os níveis de atenção a Saúde. Entretanto, a resolução não tem força de lei, e por isso, não foi colocado em prática.

Entretanto, há dois projetos de Lei, um é o projeto de Lei nº883/2020 que visa regulamentar a prática de cuidados paliativos, que está parado desde 2021, elaborado pelo senador Marcos do Val. E o outro é o Projeto de Lei 2460/2022, da deputada federal Luiza Canziani, que tem como proposta a criação do Programa Nacional de Cuidados Paliativos, que está em tramitação.

CAPÍTULO

03 Panorama dos cuidados paliativos no Brasil

Os cuidados paliativos são destinados as doenças que apresentam algumas características que levam a evolução para a impossibilidade de obter a cura, cujo destino é a morte. Entre as doenças progressiva e incurável têm-se as doenças crônicas não transmissíveis, como as cardiovasculares, renais, além do HIV/AIDS e as neoplasias, sendo estas a de destaque, em razão do grande impacto que ocasiona, tanto pela impossibilidade de cura, como pela falta de melhora do quadro clínico, diante do estadiamento tardio, e, portanto, o cuidado paliativo a única forma de manter a qualidade de vida diante da terminalidade que está iminente (MATTOS; D'AGOSTINI, 2020).

A prática em cuidados paliativos tende a crescer o Brasil, visto que se estima que cerca de 650 mil pessoas necessitarão recorrer a essa modalidade de atenção, e que 80% correspondam a pacientes com câncer, que acabarão morrendo desta patologia (FUNDAÇÃO DO CÂNCER, 2014).

Segundo Habekost et al. (2013) essa estimativa de óbito se dá em razão da maioria do diagnóstico ser feito tardiamente, e, pela localidade e tipo de tumor, sendo um processo difícil para o paciente e para a família, pois antes de tudo é preciso haver aceitação, o que vem carregada de sofrimento. E nesse sentido, os cuidados paliativos auxilia nesse processo, diminuindo o sofrimento para ambos.

Figura 1: Estimativa para o ano de 2023 das taxas brutas e ajustas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo

LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA NEOPLASIA MALIGNA	ESTIMATIVA DOS CASOS NOVOS							
	Homens			Mulheres			Total	
	Casos	Taxa bruta	Taxa ajustada	Casos	Taxa bruta	Taxa ajustada	Casos	Taxa bruta
Mama feminina	-	-	-	73.610	66,54	41,89	73.610	66,54
Próstata	71.730	67,86	55,49	-	-	-	71.730	67,86
Cólon e reto	21.970	20,78	12,43	23.660	21,41	11,06	45.630	21,10
Traqueia, brônquio e pulmão	18.020	17,06	12,73	14.540	13,15	9,26	32.560	15,06
Estômago	13.340	12,63	9,51	8.140	7,36	4,92	21.480	9,94
Colo do útero	-	-	-	17.010	15,38	13,25	17.010	15,38
Glândula tireoide	2.500	2,33	1,84	14.160	12,79	6,68	16.660	7,68
Cavidade oral	10.900	10,30	7,64	4.200	3,83	2,61	15.100	6,99
Linfoma não Hodgkin	6.420	6,08	4,55	5.620	5,08	3,00	12.040	5,57
Leucemias	6.250	5,90	4,75	5.290	4,78	3,95	11.540	5,33
Sistema nervoso central	6.110	5,80	4,56	5.380	4,85	3,80	11.490	5,31
Bexiga	7.870	7,45	3,96	3.500	3,14	1,58	11.370	5,25
Esôfago	8.200	7,76	5,46	2.790	2,49	1,43	10.990	5,07
Pâncreas	5.290	5,00	3,74	5.690	5,15	3,22	10.980	5,07
Fígado	6.390	6,06	5,18	4.310	3,89	3,14	10.700	4,95
Pele melanoma	4.640	4,37	2,24	4.340	3,90	1,56	8.980	4,13
Corpo do útero	-	-	-	7.840	7,08	4,13	7.840	7,08
Laringe	6.570	6,21	5,07	1.220	1,09	0,72	7.790	3,59
Ovário	-	-	-	7.310	6,62	5,01	7.310	6,62
Linfoma de Hodgkin	1.500	1,40	0,84	1.580	1,41	0,78	3.080	1,41
Outras localizações	41.730	39,49	26,17	33.970	30,69	19,70	75.700	34,99
Todas as neoplasias, exceto pele não melanoma	**239.430**	**226,56**	**185,61**	**244.160**	**220,75**	**154,08**	**483.590**	**223,59**
Pele não melanoma	101.920	96,44	-	118.570	107,21	-	220.490	101,95
Todas as neoplasias	341.350	323,00	-	362.730	327,96	-	704.080	325,53

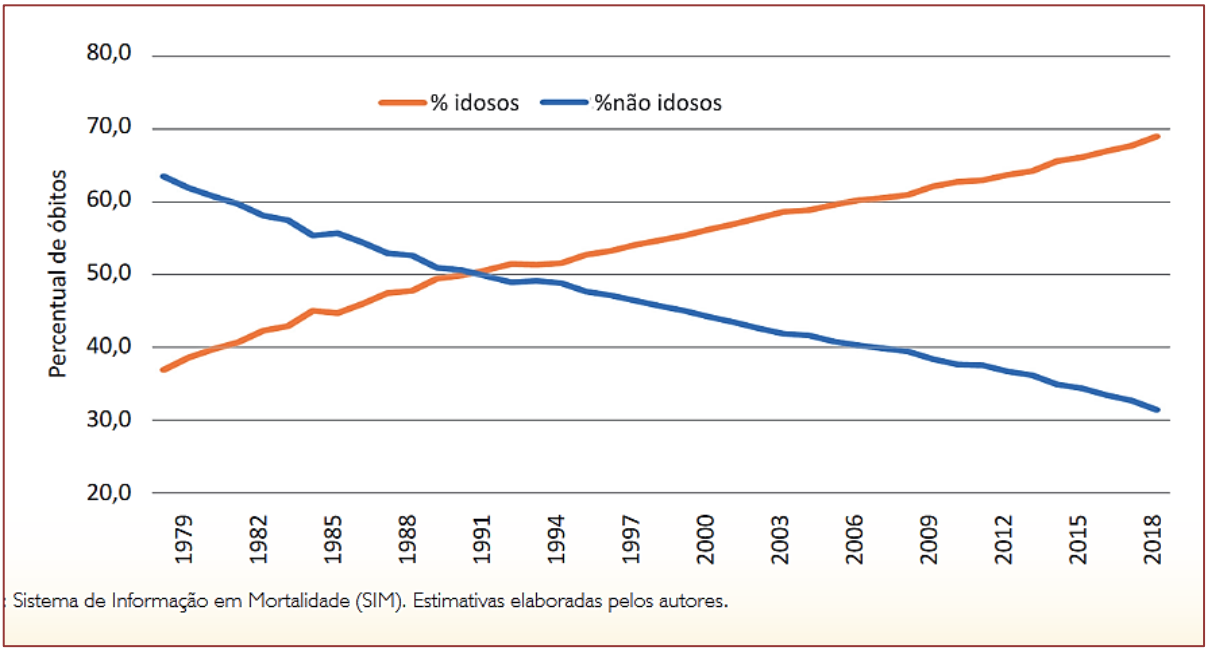
[a]População-padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10.

Fonte: INCA (2022)

Essa é uma realidade que vai exigir cada vez mais de uma política de saúde qualificada no Brasil, o que remete as políticas de cuidados paliativos. Apesar de ganhar notoriedade ao longo dos anos, esse cuidado voltado aos pacientes oncológicos só foi incorporado na Política Nacional de Atenção Oncológica, em 2005, e reeditada em 2013, dentro do Plano Estratégico de Controle e Prevenção das DCNT.

Vale enfatizar que além dos casos de neoplasias, a população idosa diante das doenças crônicas e avanço da idade, também tem sido amplamente acolhida pelos cuidados paliativos, com a finalidade de promover uma qualidade de vida e cuidado humanizado, reduzindo o sofrimento do processo de morrer. Além de proporcionar na última fase da vida, a vivência da autonomia (OLIVEIRA et al., 2021).

Figura 2: Percentual de óbitos de idosos e não idosos no Brasil de 1979 a 2019



Fonte: Sistema de Informação em Mortalidade (SIM). Estimativa elaborada por Romero (2022)

O envelhecimento da população tem sido uma realidade bem presente, pois conforme o último levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostra que houve um aumento de 3 meses e 4 dias na expectativa de vida da população brasileira entre os anos de 2017 e 2018, sendo agora a idade de 76,3 anos, se comparado aos de 1940, houve um aumento de 30,8 anos. E diante desses dados, os profissionais da saúde precisa buscar forma de garantir a qualidade de vida desses indivíduos, visto que grande parte das doenças crônica degenerativas são mais comuns nessa população (SANTOS; FERREIRA; GUIDO, 2019).

Infelizmente as doenças crônicas apresentam uma carga de morbidade e mortalidade enorme, sendo responsável pelos altos índices de ocorrências hospitalares, bem como a perda significativa de qualidade de vida, que se aprofunda à medida que há o agravamento da patologia. Embora os avanços tecnológicos e da medicina tenha proporcionado mudanças significativas na

saúde dos indivíduos, que contribui para o aumento da expectativa de vida, também trouxe alguns questionamentos e inquietações acerca do prolongamento artificial da vida e da qualidade de sobrevida desses pacientes (MACÊDO, 2015).

Embora grandes sejam os esforços com pesquisas a fim de melhorar o cuidado para obter a cura, a morte continua sendo uma certeza e iminente para muitos pacientes. Assim, o modelo curativo, cujo foco é apenas a doença não compartilha as necessidades do paciente terminal (PINTO et al., 2009).

Atualmente estima-se que cerca de 30 milhões de pessoas em todo mundo necessitarão dos assistência paliativa no final da vida, e que 80% da necessidade mundial desse tipo de assistência se encontra em países de média e baixa renda. No Brasil, foi realizado uma estimativa pelo IBGE, e mostrou que a cada grupo de 1 milhão de habitantes, 1 mil pessoas necessitariam dos cuidados paliativos por ano, e com base no cálculo realizado, cerca de 200 mil brasileiros teriam que utilizar-se desse tipo de assistência para a qualidade de vida na finitude da vida (MATTOS; D'AGOSTINI, 2020; SILVA, 2018).

Infelizmente, segundo a Aliança Mundial de Cuidados Paliativos, apenas 8% da população que necessitariam de cuidados paliativos tem acesso garantido. Em parte, se dá pela quantidade de profissionais especializados para esse cuidado, visto que a formação em cuidados paliativos é raramente inserida no currículo dos profissionais, e pela disponibilidade de drogas para promover o alívio da dor (WPCA, 2014).

No ano de 2010 foi realizado um estudo sobre a qualidade de morte, realizada por Economist Intelligence Unit, comissionado pela Lien Foundation - uma organização filantrópica de Singapura, em que buscou avaliar os cuidados paliativos em 40 países, nos aspectos do ambiente da assistência em saúde, disponibilidade de cuidados, custos e qualidade, além de incluir aspectos éticos e sociais. Nesse primeiro estudo o Brasil ocupou a 38% posição em qualidade de morte. Já em 2015, foram incluídos 80 países, e o Brasil

passou a ocupar a 42%. E os países que apresentaram os melhores índices foram o Reino Unido e Austrália (SANTOS et al., 2020).

Vale ressaltar que os programas de Cuidados Paliativos se diferenciam nos países, pois cada um adota um modelo diferente, levando em consideração a situação socioeconômica, as políticas de saúde existentes e principalmente as necessidades dos pacientes e familiares (LIMA, 2009).

Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica os países em quatro grupos conforme o nível de desenvolvimento em Cuidados Paliativos: Nível 1: Nenhuma atividade detectada; Nível 2: Em capacitação; Nível 3a: Provisão isolada; Nível 3b: Provisão generalizada; Nível 4a: Integração preliminar; Nível 4b: Integração avançada, sendo que no ano de 2014, o Brasil estava incluído no nível 3a, e atualmente se encontra no nível 3b (SANTOS et al., 2020).

Segundo o levantamento feito pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos/ANCP, em 2018 acerca dos serviços existentes ao longo do desenvolvimento a partir dos anos 90, mostrou que a expansão dos serviços foi maior entre os anos de 2011 e 2015. Porém esses dados foram atualizados por Santos et al. (2020), e mostrou que a expansão ocorreu entre 2016 e 2018, e que atualmente o Brasil conta com 191 instituições que possuem serviços de Cuidados Paliativos (quadro1) (SANTOS; FERREIRA; GUIRRO, 2020)

Vale destacar que que 50% (n=96), dos serviços de cuidados paliativos pertencem ao Sistema Único de Saúde, e 36%, (n=69) são da rede privada, e 14% (n=26) prestam ambos os atendimentos, tanto SUS quanto privado. Levando em consideração a população brasileira, a média de serviços é de 1 serviço para cada 1,1 milhão de habitantes, quando na realidade, o recomendado, tendo por referência a Associação Europeia de Cuidados Paliativos eram de “2 serviços de especializados de Cuidados Paliativos a cada 100.000 habitantes” (SANTOS et al., 2020, p. 24).

Quadro 1- Serviços de Cuidados paliativos no Brasil atualizado em 2020

Início das atividades – ANPC 2018	Número de serviços	Percentagem	Número de serviços atualizado	Percentagem
2019			32	16,7
2016-2018	40	23%	75	39,7
2011-2015	49	28%	53	27,7
2006-2010	23	13%	16	8,4
2000 – 2005	12	7%	08	4,2
1999 ou antes	07	4%	07	3,7
Não informado	46	26%	0	0
Total	177	100	191	100

Fonte: ANCP (2018) atualizado por Santos et al. (2020)

Segundo Othero e Ribeiro (2015) a maioria desses serviços especializados de cuidados paliativos estão centrados no estado de São Paulo, o que revela a instabilidade desses serviços em relação a sua distribuição geográfica em todo o país, e mostra que muitas pessoas que necessitariam desse atendimento, não possuem acesso.

De acordo com Pinto et al. (2009) os pacientes sem a possibilidade de cura, se acumulam nos hospitais, recebendo de forma sistemática assistência muitas vezes inadequadas. E de fato, é o que se tem observado, visto que se tratando da assistência paliativa em sua maioria são leitos especializados em hospitais, e em menor índice a assistência ambulatorial e domiciliar, o que indica que a qualidade de morte é ruim, visto que, os dias finais da vida é marcada por internações prolongadas e recorrentes, em instituições que não são especializadas nesses serviços. Em relação ao atendimento paliativo pediátrico, existem apenas 77 serviços, sendo dois na região norte, onze na região nordeste, sete na região centro-oeste, e quarenta e três na região sudeste, e quatorze na região sul (SILVA et al., 2015; SANTOS et al., 2020).

Na realidade para que haja uma assistência efetiva em cuidados paliativos é preciso ter a integração das diversas áreas de atenção, a começar pela atenção básica, bem como na capacitação dos profissionais da rede de

assistência à saúde em cuidados paliativos, tanto no nível de graduação como na especialização, e no estabelecimento de relações com outros países que já apresentam aprimoramento científico e tecnológico no que se refere aos cuidados paliativos, bem como nas discussões éticas e bioéticas como Argentina, Chile, Portugal (MENDES; VASCONCELOS, 2015).

Em relação a capacitação dos profissionais, tem se observado um avanço ao longo dos anos, principalmente nos últimos anos, visto que segundo dados da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, mostraram um aumento de 25% no número de equipes especializadas nos últimos três anos, visto que em 2019 havia apenas 191 equipes, se concentrando em sua maioria na região Sudeste, e no de 2022, o número chegou a 240 equipes.

CAPÍTULO

04 Princípios éticos e bioéticos do cuidado paliativo

Durante muito tempo, os pacientes que não tinham mais possibilidades terapêuticas ficaram esquecidos pelos serviços de saúde, visto que até então, o modelo biomédico e curativo era predominante. Assim, não tinha a preocupação com a qualidade de vidas dos pacientes, e sim, obter a cura da doença. Foi diante desse cenário, que muitos questionamentos éticos acerca dos cuidados aos doentes terminais vieram à tona, o que contribuiu para o surgimento de inúmeros movimentos sociais em prol da morte digna, humana e com maior autonomia do paciente (MACHADO, 2009; SMELTZER; BARE, 2005).

Vale mencionar que eram os excessos cometidos pela medicina baseada somente nas técnicas e curativa, que fazia com que os paciente no final da vida tivesse um fim medicalizado e carregado de sofrimento, chamados pelos paliativistas como “encarniçamento terapêutico”, em que se utilizava dos recursos tecnológicos em excesso, com a finalidade aparente curativa, quando na realidade a situação do próprio paciente não daria mais condições de cura (MENEZES, 2004).

Foi diante desse contexto, que os cuidados paliativos surgiram como uma forma de cuidado aos pacientes que não tem cura por meio de uma assistência multidisciplinar, trazendo consigo princípios éticos fundamentais visando garantir a qualidade de vida, bem-estar psicossocial e físico do paciente. Assim, o primeiro princípio é garantir a dignidade da pessoa humana diante do fim iminente da vida, da mesma que garante ao indivíduo uma

sobrevida digna. Em outras palavras, visa assegurar ao paciente uma boa morte (OLIVEIRA et al., 2021; FERNANDES et al, 2013).

Convém mencionar que embora o direito à vida constitui uma prerrogativa inviolável, deve ser vista a partir do princípio da dignidade humana, pois a vida só é significativa se for digna. Além disso, quando se trata do direito de viver, deve-se abranger a existência corporal, biológica e física, pressuposto que garante desfrutar dos direitos fundamentais (FABRIZ, 2003; KLOEPFER, 2005).

O problema é que, em se tratando acerca do fim da vida, há muitos questionamentos em razão aos tratamentos dos pacientes terminais e sobre o processo de morte, o que implica em dilemas éticos e jurídicos. Por isso, é primordial o respeito da conduta ética e juridicamente adequada nesse processo, ao passo que também devem respeitar as decisões dos pacientes sobre o seu processo de morte e morrer (SILVA; AMARAL. MALAGUTTI, 2013; MESQUITA; MARANGÃO, 2008).

Na perspectiva da bioética, a dignidade humana é o valor fundamental, visto que os cuidados paliativos partem do princípio de que os enfermos considerados incuráveis também devem ser tratados como pessoas, isto é, indo além da doença. Assim, os profissionais devem ter sua conduta baseada em quatro princípios norteadores: princípio da autonomia; da beneficência; da não maleficência, e o de justiça (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

O princípio da autonomia é o de maior relevância para a bioética, e diz respeito a vontade do paciente; o da beneficência, diz respeito a obrigação moral de agir em benefício ao paciente, não só do ponto de vista técnico e assistencial, mas também ético, avaliando os benefícios; o da não maleficência, faz menção ao dever do profissional em causar danos ao paciente, isto é, na avaliação dos riscos de cada caso bem como os procedimentos, a fim evitar tratamento alheio aos objetivos do cuidado paliativo; e o de justiça, que trata no direito de todas as pessoas, e faz menção a garantia de igualdade de direitos,

entre eles, os cuidados com a saúde (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002; COSTA; DUARTE, 2019).

Outro princípio complementado por Nunes (2008) é o princípio da vulnerabilidade, uma vez que a doença reduz a autonomia do sujeito, assim, a bioética demostra o respeito a fragilidade do indivíduo, ao mesmo tempo em que busca proteger e amparar o doente. Desa forma, os princípios bioéticos trouxeram reflexões para os profissionais de saúde acerca do verdadeiro cuidado a esses pacientes, não simplesmente a manutenção da vida a todo custo, quando está não é mais possível.

Na realidade, os profissionais de saúde, historicamente foram formados com a mentalidade de que deveria fazer todo esforço terapêutico para obter a cura do paciente. Entretanto, a morte sempre estivera presente, e por isso, havia muita confusão quanto aos limites terapêuticos e ao objetivo da assistência nessa fase. Foi então a partir daí, que foi estabelecido o conceito de adequação do esforço terapêutico que se refere ao entendimento das reais necessidades do paciente na situação atual em que se encontra, o que implica em retirar terapêuticas fúteis, e manter as uteis para o paciente (SANTOS, 2020).

A adequação do esforço terapêutico é definida pelo entendimento das necessidades de um paciente em relação ao momento em que ele se encontra na curva de determinada doença, permitindo intervenções proporcionais e que tenham o objetivo de melhora da qualidade de vida. Ou seja, não se trata de retirar terapêuticas úteis, mas de evitar a introdução e não permitir a manutenção de terapêuticas fúteis (SANCHO et al., 2015).

Assim, conforme Alves et al. (2008) essas discussões e reflexões bioéticas acerca da terminalidade da vida, tem como apoio três conceitos importantes: da eutanásia, distanásia e ortotanásia. Essa visão ganhou aceitabilidade e legitimidade com a resolução nº 1.805/06 do Conselho Federal de Medicina (CFM) ao descrever que

> Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou seu representante legal.

Contudo, essa resolução não deixou claro sobre quais as adequações do esforço terapêutico, de maneira a explicar as diferenças entre esses conceitos dentro dos cuidados Paliativos, principalmente quando se trata da prática da Eutanásia (SANCHO et al., 2015).

Em relação a Eutanásia, consiste na promoção da morte de uma pessoa em sofrimento, seja por meio da retirada da terapêutica ou na administração de drogas, levando em consideração a vontade do paciente. Etimologicamente é fundamentada como um ato de dar a morte por compaixão ao alguém em estágio final de uma doença incurável e em sofrimento intenso, isto é, o ato de abreviar a vida, reduzindo o tempo que a pessoa levaria para morrer espontaneamente (PITTELLI; OLIVERA, 2009; Ribeiro et al., 2011).

De acordo com Lopes (2011) existe três modalidades de conduta dentro da Eutanásia. A primeira é a conduta omissiva, que é quando o profissional ou cuidador tem condição de prestar a assistência, não o faz, com o pensamento de que está abreviando o sofrimento, quando na realidade está adicionando mais sofrimento ao paciente, resultando na morte. A segunda é a conduta ativa direta que se trata da aplicação de terapias analgésicas inicialmente para alívio da dor, mais que resultará na morte. E a terceira é a conduta ativa indireta, que leva a produzir a morte antecipada de um paciente com uma doença incurável, geralmente motivado por convicções humanitárias. Além disso, a eutanásia ainda por ocorrer por meio da forma

voluntária, quando o próprio paciente faz o pedido, ou de forma involuntário, quando outra pessoa realizada o pedido, isto é, com ou sem consentimento do paciente (RIBEIRO et al, 2011).

Essa prática é proibida no Brasil, sendo considera crime pela legislação penal, e que comete pode ter uma pena de 3 a 6 anos. Embora tenha vários projetos em tramitação no Congresso Nacional, respaldando-se no princípio da autonomia do paciente. Em muitos países já é permitido legalmente, como na Holanda e na Bélgica. Esse assunto tem sido cada vez mais debatido nas mídias, sistema judiciário e sociedade, pois trata-se de um assunto complexo e polêmico, em virtude de conflitos religiosos e morais que envolve essa questão (BRANDALISE et al., 2018).

Nos países em que a eutanásia é permitida, exige-se o pedido livre e voluntário do paciente, e uma avaliação criteriosa para se avaliar se o sofrimento é intolerável, ou se tem alguma expectativa de cura ou melhor. No entanto, a grande problemática é quando se trata de pessoas em estado vegetativo, principalmente de idosos ou de pessoas com deficiência, o que impedi ter o controle de escolha diante da doença, o que poderia gerar inúmeros abusos (BRANSILE et al., 2018; PESSINI, 2004).

Em relação a distanásia, apesar de ser incomum no meio acadêmico, tem sido amplamente aplicada na prática de forma inconsciente, principalmente nas unidades de terapia intensiva (UTI), e consiste no uso exagerado de terapias quando o paciente já está fora da possibilidade terapêutica de cura, cujas condutas não tem como finalidade o atendimento das necessidades do paciente naquele momento, reduzindo apenas ao prolongamento do processo de morrer por meio dos arsenais tecnológicos, com a intenção de aumentar a esperança de cura, como se a morte fosse uma doença (ALVES et al., 2008; FERREIRA, 2011).

Já o ortotanásia refere-se a promover uma boa morte ou morte correta. E implica no não prolongamento artificial do processo de morte, mas

proporcionar ao paciente terminal vivenciar o seu processo de morte com dignidade e autonomia, respeitando o bem-estar global do indivíduo (MARTA; HANNA; SILVA, 2010; SANCHES et al., 2015).

Segundo Junges (2010) a ortotanásia corresponde ao procedimento em que o médico suspende o tratamento ou passa a realizar somente cuidados terapêuticos paliativos, com o intuito de evitar mais dores e sofrimento, porém ainda é muito complexo essa decisão. Assim, o ideal seria utilizar-se da humanização do cuidado, no sentido de ouvir paciente, sentir e pensar com ele, a fim de que possa surgir a solução mais aplausível diante da inevitável morte.

A ortotanásia é a que mais se enquadra dentro dos cuidados paliativos, e que permeia os princípios da dignidade humana, igualdade e da liberdade do indivíduo, sendo amplamente permitida em diversos países. Porém no Brasil, embora esteja implícita a sua abordagem nos princípios jurídicos, éticos e morais, a falta de uma legislação especifica conduz para a prática permanente da distanásia (PESSINI, 2009).

CAPÍTULO

05 Modalidades de assistência em cuidados paliativos e as resoluções

Primeiramente os cuidados paliativos são indicados, tanto para pacientes oncológicos, como para qualquer outra condição que ameace a vida, dentre elas as doenças neurodegenerativas, as insuficiências cardíacas e renais avançadas, entre outras. Diante disso, os cuidados realizados devem ser de forma otimizada, realizada por uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, assistente social, farmacêutico, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, entre outras, visando abranger todas as dimensões do cuidado aos pacientes na terminalidade da vida.

Partindo dessa premissa, existem três modalidades de assistência em cuidados paliativos: assistência ambulatorial, quando os pacientes ainda são capazes de se locomover até o consultório; assistência domiciliar, também chamada de “home care”, aplicada quando há limitação de locomoção e que ainda não há a necessidade de internação; e por último, a assistência hospitalar quando há a indicação de cuidados específicos diariamente dos profissionais.

No Brasil ainda é prevalente a assistência hospitalar. Porém tem se observado nos últimos anos, a tendencia para substituição dessa modalidade para assistência domiciliar paliativa, visto que, a hospitalização prolongada está correlacionada ao aumento de complicações, depressão, entre outras alterações do quadro clínico, causando ainda mais sofrimento para aqueles que não tem possibilidade de cura.

Essa modalidade domiciliar vem ganhando destaque e notoriedade nos países latino-americanos, e vem sendo regulamentada por diversas legislações. No Brasil, esse cuidado médico foi regulamento, em 2006 por meio

da Portaria º 2.529, e continua sendo fomentada legalmente. No ano de 2011, estabeleceu os parâmetros de assistência médica domiciliar em todos os níveis por meio da Portaria nº 2.527, incluindo assim, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Posteriormente essa portaria foi substituída pela Portaria nº 963 de 2013, em que visa a organização do Serviço de Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013).

Somado a essa Portaria, tem a Resolução nº 41/2018 que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS), e portanto, deve fazer parte em toda a rede de atenção a saúde, como consta no art. 5º.

> Art. 5º Os cuidados paliativos deverão ser ofertados em qualquer ponto da rede de atenção à saúde, notadamente:
>
> I - Atenção Básica: ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, será responsável por acompanhar os usuários com doenças ameaçadoras de vida em seu território, prevalecendo o cuidado longitudinal, ofertado pelas equipes de atenção básica, conjuntamente com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB), com a retaguarda dos demais pontos da rede de atenção sempre que necessária;
>
> II - Atenção Domiciliar: as equipes de atenção domiciliar, cuja modalidade será definida a partir da intensidade do cuidado, observando-se o plano terapêutico singular, deverão contribuir para que o domicílio esteja preparado e seja o principal locus de cuidado no período de terminalidade de vida, sempre que desejado e possível. Será indicada para pessoas que

necessitarem de cuidados paliativos em situação de restrição ao leito ou ao domicílio, sempre que esta for considerada a oferta de cuidado mais oportuna.

III - Atenção Ambulatorial: deverá ser estruturada para atender as demandas em cuidados paliativos proveniente de outros pontos de atenção da rede;

IV - Urgência e Emergência: os serviços prestarão cuidados no alívio dos sintomas agudizados, focados no conforto e na dignidade da pessoa, de acordo com as melhores práticas e evidências disponíveis; e

V - Atenção Hospitalar: voltada para o controle de sintomas que não sejam passíveis de controle em outro nível de assistência

CAPÍTULO

06 Importância da enfermagem nos cuidados paliativos e da sistematização de assistência

Os cuidados paliativos são utilizando visando a promoção da qualidade de vida do paciente e de seus familiares, que não tem possibilidade de reversão do quadro clínico, por meio de uma assistência mais humanizada, respeitosa e que promova uma morte digna. Para isso, é primordial a presença de uma equipe multidisciplinar, a fim de assistir o paciente em todas as dimensões, para o seu bem-estar físico e psicológico, e ao longo de todo o período, desde diagnóstico, adoecimento, tratamento, finitude e luto (COSTA et al., 2016; MAIELLO et al., 2020).

Nesse sentido, os enfermeiros se destacam como um dos principais profissionais da equipe devido sua abordagem diferenciada e multidimensional, e devido a sua proximidade com paciente e familiares, com ações assistenciais diretas, onde se deparam com enorme responsabilidade, o que torna necessário constantes atualizações, assim, como precisa lidar constantemente com o sofrimento e morte (LEMES; PASSO, 2012; PICOLLO; FACHINI, 2018).

A enfermagem é uma categoria de profissionais muito importante dentro do cuidado paliativo, até porque a própria profissão é definida como a arte e a ciência de assistir o doente nas suas necessidades básicas, e que nesse tipo de cuidado, busca contribuir para uma morte digna e tranquila. Além disso, sua importância fica evidente desde os primórdios da ideologia desse tipo de cuidado, visto que a maneira dos cuidados oferecidos inicialmente partia do conhecimento de enfermagem de Cicely Saunders, precursora do cuidado paliativo (HERMES; LAMARCA, 2013).

Assim, nesse processo a enfermagem como membro de uma equipe multidisciplinar tem papel fundamental na prestação dos cuidados paliativos, pois devido o maior tempo de convivência, em alguns casos passam 24hs do seu dia, e em muitos casos o vínculo afetivo com o paciente, representa o elo entre paciente, família e demais membros da equipe. Entretanto, observa-se que há um despreparo desses profissionais ainda na formação para os cuidados de pessoas no final da vida (OLIVEIRA et al., 2016; ISOLDI; CARVALHO; SIMPSON, 2017).

Em se tratando dos cuidados que devem ser aplicados pela enfermagem devem abranger todos os aspectos do indivíduo, biológico, emocional, social e psicológico, e envolve a condição ética que reflete diretamente na dignidade humana e nas tomadas de decisões. Nesse processo, o enfermeiro precisa orientar tanto paciente quanto a família sobre os cuidados e todos os procedimentos, visando sempre o bem-estar do indivíduo (SILVA; PEREIRA; CAMPOS, 2011; SANTOS; LATTARO; ALMEIDA, 2011).

A enfermagem é uma das categorias de profissionais da saúde que mais se desgastam emocionalmente, devido a constante interação com os pacientes e na busca do bem-estar dele. Essas relações estabelecidas pelos profissionais de enfermagem com os pacientes e familiares facilitam na abordagem de questões como a morte, o morrer e a espiritualidade, a partir da abordagem holística do paciente, o que ajuda a trazer conforto e qualidade de bem-estar ao indivíduo nos momentos finais da vida, além de permitir a realização de ações de conforto, de cuidados básicos e fisiopatológicos (GOLDSBOROUGH; MATZO, 2017; HERMES; LAMARCA, 2013)

Nesse contexto, é fundamental que o profissional de enfermagem deve pautar suas ações de cuidado baseadas no atendimento das necessidades do paciente e da família, trazendo apoio, amor, esperança, além de estimular a fé e a crença, apontados como uma ferramenta para superar as adversidades que o fim da vida apresenta (GALLAGHER et al., 2017).

Partindo dessa premissa, é fundamental que o enfermeiro construa o seu plano de cuidado, abrangendo os desejos declarados do paciente ou familiar, ao passo em que busca aliviar o sofrimento e a angústia. Assim, nos cuidados paliativos é fundamental a sistematização da assistência de enfermagem, tornando-se indispensável, pois visa dar suporte para o enfermeiro norteando-o para as tomadas de decisões, uma vez que permite obter corretamente os problemas, ao identificar os diagnósticos de enfermagem, para então, atuar com as intervenções necessárias e efetivas (SILVA et al., 2013; GALLAGHER et al., 2017).

Segundo Braga et al. (2018) a Sistematização da Assistência de Enfermagem é uma ferramenta necessária para a otimização da qualidade de assistência, pois ela permite que haja um cuidado com qualidade, humanizado e contínuo, essencial para os pacientes terminais. A SAE se baseia na coleta de dados, no estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem, no planejamento e na aplicação das ações de cuidado.

Assim, pode-se dizer é uma ferramenta valiosa para os pacientes em cuidados paliativos, uma vez que, as ações aplicadas pela SAE são pautadas na na promoção da qualidade de vida e no conforto dos pacientes em estágio terminal, e de seus familiares, visando a prevenção, o controle e alívio dos sintomas e do sofrimento, promovendo ainda apoio psicossocial. Sendo, portanto, uma abordagem benéfica ao paciente, devido ao planejamento prévio de cuidado (BRAGA et al., 2018; MAIELLO et al., 2020).

CAPÍTULO

07 Diagnósticos e intervenções de enfermagem nos cuidados paliativos a pacientes oncológicos

Sabe-se que o diagnóstico de enfermagem serve de base para a seleção das intervenções de enfermagem, com o intuito de atender as necessidades reais de cada paciente, além de auxiliar os enfermeiros processo de decisão clínica. Para isso, têm-se as classificações de diagnóstico, que visam padronizar os cuidados e facilitar a comunicação entre os enfermeiros como a Nanda Internacional e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (LINS et al., 2013; HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

Sabe-se que os cuidados paliativos aplicados devem abranger todos os aspectos do indivíduo, biológico, emocional, social e psicológico. Dessa forma, os diagnósticos de enfermagem foram abordados nas dimensões física, social, espiritual e psicológica.

Ao fazer um apanhado na literatura, foram selecionados nove artigos que tratavam especificamente sobre os diagnósticos de enfermagem nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos. Na dimensão física foram encontrados 29 diagnósticos de enfermagem, a maioria na taxonomia NANDA-I, sendo 8 na CIPE, e destes, 5 apresentam nomenclatura diferenciada, como nos casos de conforto prejudicado, nutrição desequilibrada, padrão respiratório ineficaz e privação do sono (Quadro 1).

Quadro 1: Diagnósticos de enfermagem de acordo com a taxonomia Nanda-I e CIPE na dimensão Física (sinais e sintomas)

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I/ CIPE)	Nº de estudos
"Dor Crônica/Dor"	07
"Conforto prejudicado/Desconforto"	05
"Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais/ nutrição alterada: inferior às necessidades corporais", "Padrão respiratório ineficaz/Respiração prejudicada", "Privação do Sono/sono prejudicado"	03
"Déficit no autocuidado para o banho", " Risco de infecção", "Risco de integridade da pele prejudicada", "integridade da pele prejudicada", " integridade da mucosa oral prejudicada", "Risco de lesão por pressão", "Mobilidade física prejudicada", "Náuseas", "Fadiga"	02
"Diarreia", "Risco de Confusão Aguda", "Risco de Volume de Líquidos Desequilibrado", "Capacidade de Transferência Prejudicada", "Risco para Sangramento", "Risco de Queda", "Proteção Ineficaz", "Confusão Aguda", " Comunicação Verbal Prejudicada", " Memória Prejudicada", " Eliminação urinária prejudicada", " Risco de Constipação ", "Troca de Gases Prejudicada", "Constipação", "Risco de Intolerância à atividade".	01

Fonte: Autoria própria

Na dimensão física a dor é um dos sintomas mais percebidos e sentidos pelos pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Porém, o mau controle da dor pode levar a complicações como ansiedade, isolamento social, distúrbios do sono, incapacidade funcional, fadiga, reduzindo assim, a qualidade de vida (SILVA et al., 2013; SILVA et al., 2017; MENEZES; LIMA, 2018).

Outro diagnóstico de enfermagem prevalente é o conforto prejudicado, que está associado a dor, e a ansiedade, ao medo, ao padrão de sono perturbado, a inquietação e o ambiente inadequado. Por isso, a dor crônica é vista como um sintoma importante para o desenvolvimento da Síndrome de terminalidade da vida (GONÇALVES; BRANDÃO; DURAN, 2016; XAVIER et al., 2019; ALMEIDA et al., 2020).

Por essa razão entre as intervenções de enfermagem nessa dimensão tem-se o controle da dor, a partir da avaliação por meio da Escala Visual Analógica (EVA). Uma das formas de controle é a utilização de opioides, porém, o seu uso contribui para outro agravante a constipação intestinal, diagnóstico também presente nos cuidados paliativos oncológicos (SILVA et al., 2013; ALMEIDA et al., 2020; SLAMKOVÁ; POLDNÍKOVÁ, 2016).

Segundo Slamková e Poldníková (2016) o tratamento eficaz da dor crônica traz um efeito positivo para o paciente de modo geral em cuidados paliativos oncológicos, porém, depende da qualidade da avaliação. Por isso, é importante que o enfermeiro se utilize de instrumentos de medição de qualidade, e perceber que o tratamento da dor crônica também envolve as dimensões psicossocial e espiritual.

Outro diagnóstico de enfermagem bastante comum é a risco de constipação/ eliminação prejudicada, que nestes casos é o emprego de laxantes por meio da via mais viável conforme o quadro clínico do paciente. Alguns médicos, realizam a prescrição de forma profilática juntamente com os opioides (SILVA et al., 2020).

Na dimensão social foram encontrados 7 diagnósticos de enfermagem, na dimensão Espiritual foram encontrados na literatura 5 diagnósticos de enfermagem, sendo a maioria a CIPE. Vale frisar que o diagnóstico sofrimento espiritual, na CIPE é “Angústia espiritual”. Já na dimensão psicológica, foram encontrados 7 diagnósticos de enfermagem, sendo que a maioria se refere a taxonomia da CIPE, com exceção de “ansiedade”, “ansiedade relacionado à morte” e o “medo” (Quadro 2).

Quadro 2: Diagnósticos de enfermagem de acordo com a taxonomia Nanda-I e CIPE na dimensão Social, Espiritual e Psicológica

Diagnóstico de enfermagem (NANDA-I/ CIPE)	Nº de estudos
Dimensão Social	
"Interação Social Prejudicada", "Isolamento Social", "Enfrentamento Familiar "Comprometido", "Tensão do Papel do Cuidador", "Risco de Tensão do Papel do Cuidador", "Processos Familiares Interrompidos", "Regulação do humor prejudicado".	02
Dimensão Espiritual	
"Risco de sofrimento espiritual", "Sofrimento espiritual/ Angústia espiritual (CIPE)"	04
Desesperança (CIPE)	02
"Atitude de enfrentamento do processo de morte e morrer prejudicado"(CIPE), "Risco de religiosidade prejudicada"	01
Dimensão Psicológica	
"Ansiedade", "Ansiedade relacionada à morte"	05
Tristeza crônica (CIPE)	02
"Síndrome do Estresse por Mudança", "Controle Emocional Instável", "Sentimento de Impotência", "Medo"	01

Fonte: Autoria própria.

Entre os diagnósticos da dimensão social os mais prevalentes em cuidados paliativos oncológicos referem-se ao "enfrentamento familiar comprometido", a "Tensão do papel do Cuidador" e "processos familiares interrompidos" (SOUSA et al., 2019; XAVIER et al., 2019). Na dimensão espiritual a predominância é do diagnóstico de angústia ou sofrimento espiritual, estando relacionada ao processo de morrer e ao medo da morte (YAO et al., 2015; SILVA et al., 2017; XAVIER et al., 2019; ALMEIDA et al., 2020).

Na dimensão psicológica a ansiedade é a mais predominante, apresentando duas vertentes: a primeira apenas ansiedade tendo como características definidoras a sensação de mal-estar, e a outra relacionada ao à morte, apresentando como características definidoras "o medo da solidão e

abandono relacionado com o processo de morrer", medo de perder as capacidades mentais quando estiver a morrer", "medo do processo de morrer", "sentimento de impotência", "preocupação com sobrecarga do cuidador", "medo da morte prematura" (SILVA et al., 2013; YAO et al., 2015; ABREU-FIGUEIREDO et al., 2019; XAVIER et al., 2019; ALMEIDA et al. 2020).

Almeida et al. (2020) apontam que a ansiedade também pode ser ocasionada pelo medo de sentir dor, pela proximidade da morte e pelo sofrimento familiar, estando presente em mais de 50% dos pacientes em cuidados paliativos oncológicos. Como observado às necessidades psicoespirituais compreendem os princípios de vida, e por isso, exige do enfermeiro uma abordagem criteriosa, e isso inclui, a inclusão de diagnósticos psicossociais no planejamento de cuidados, visando melhorar a qualidade de vida (XAVIER et al., 2019).

Nesse sentido, Ribeiro et al. (2018) e Ubaldo, Matos e Salum (2018) apontam que entre as medidas de intervenção de cuidados da enfermagem deve-se incluir medidas de autopercepção, segurança, apoio familiar, promoção de esperança. Convém destacar que o apoio familiar e a comunicação são fundamental em cuidados paliativos oncológicos, pois tem como finalidade promover o alívio da dor, ao mesmo tempo, reduzir o medo e angústia do paciente e da família (BARBOSA, 2011; SILVA; MOREIRA, 2011).

Conforme Almeida et al., (2020), os diagnósticos de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos se resumem no diagnóstico de Síndrome de terminalidade. Segundo o NANDA (2018), esse diagnóstico é definido como o "estado de deterioração de um conjunto de sinais e sintomas físicos, psicológico, social e espiritual do indivíduo". Tem como características definidoras a Dor crônica, Distúrbio no padrão de sono prejudicado, Náusea, Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais, Ansiedade, Fadiga, Padrão respiratório ineficaz, Conforto prejudicado, Sofrimento espiritual, Termorregulação ineficaz, Constipação, Diarreia, Confusão aguda.

Dessa forma, proporciona na pratica um raciocínio clínico do enfermeiro, visando atender todas as necessidades do indivíduo, de forma holística, ampla e integral.

REFERÊNCIAS

[1] ABREU-FIGUEIREDO, R. M.; SÁ, L. O. de; LOURENÇO, T. M. G.; ALMEIDA, S. S. B. P. Ansiedade relacionada à morte em cuidados paliativos: validação do diagnóstico de enfermagem. Acta Paul Enferm., v. 32, n. 2, p. 178-85, 2019. Disponível em < https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000200178>. Acesso 12 dez 2020.

[2] ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Manual de Cuidados Paliativos: Ampliado e atualizado [Internet]. 2012. Available from: http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf

[3] ALMEIDA, A. R.; SANTANA, R. F.; AMARAL, D. M. do; SILVA, D. E. S. da. Ocorrência do diagnóstico de enfermagem síndrome de terminalidade em pacientes oncológicos. Enferm. Foco, v.11, n.1, p. 50-56, 2020. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1102525>. Acesso 01 dez 2020.

[4] ALVES FD, BIGONGIARI A, MOCHIZUKI L, HOSSNE WS, ALMEIDA M. O preparo bioético na graduação de fisioterapia. Fisioter Pesqui [Internet]. 2008;15(2):149-56. Disponível: https://bit.ly/2KgzbqT

[5] ALVES, R. F., ANDRADE, S. F. O., MELO, K. B. C., & ANGELIM, R. M. Cuidados Paliativos: Desafios Para Cuidadores e Profissionais de Saúde. Revista De Psicologia, v. 27, n. 2, p. 165-176, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/fractal/v27n2/1984-0292-fractal-27- 2-0165.pdf. Acesso 30 nov 2020.

[6] BEAUCHAMP TL, CHILDRESS JF. Princípios de ética biomédica. 4ª ed. São Paulo: Loyola; 2002.

[7] BRAGA, S. S. et al. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente em cuidados paliativos oncológicos: um relato de experiência. In: congresso internacional da rede unida, 13.,2018, Amazonas. Anais [...]. Amazonas: Saúde em Redes Suplemento, 2018. v. 4, p.1-2

[8] BRANDALISE VB, REMOR AP, CARVALHO D, BONAMIGO EL. Suicídio assistido e eutanásia na perspectiva de profissionais e acadêmicos de um hospital universitário. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2018;26(2):217-27. DOI: 10.1590/1983-80422018262242

[9] BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Cuidados paliativos. INCA: Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=474>.

[10] BRASIL. Lei nº 10.424 de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 16 abr. 2002c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10424.htm>.

[11] BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 3.535, de 02 de setembro de 1998. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia [Internet]. Diário Oficial da União. 1998 [cited 2021 Jan 15]. Available from: http:// bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3535_02_09_1998_revog.htm

[12] CAPELAS, M., SILVA, S., ALVARENGA, M. & COELHO, P. Desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos: visão nacional e internacional. Cuidados, 2014.

[13] CARASQUILA, J. Cuidados paliativos: pasado, presente y futuro.(parte 2). Usb. Medellín, 7(1), 1-197., 2007.

[14] CARLO, Marysia M.R. Prado. Cuidados paliativos história e evolução. 2015.

[15] CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) Manual de Cuidados Paliativos. IN: MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. 2ª edição. Academia Nacional de cuidados paliativos (ANCP), 2012, p. 23-30.

[16] CHAVES JHB, MENDONÇA VLG, PESSINI L, REGO G, NUNES R. Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético. Rev Dor [Internet]. 2011 [acesso 25 out 2022];12(3):250-5. DOI: 10.1590/S1806-00132011000300011

[17] Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 1.805/06. Disponível em https://portal.cfm.org.br

[18] Costa RS, Santos AG, Yarid SD, Sena DL, Boery RN. Reflexões bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos. Saúde Debate. 2016;40(108):170-7.

[19] de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. p.1-42

[20] de saúde. Revista Brasileira de Educação Médica, 2013; 37(1): 120-125.

[21] Diniz D, Guilhem D. O que é bioética? São Paulo: Brasiliense; 2002. p. 38.

[22] DU BOULAY, S. Changing the face of death. The story of Cicely Saunders. 2.ed. Great Britain: Brightsea Press. 2007. 24p.

[23] Fabriz DC. Bioética e direitos fundamentais: a bioconstituição como paradigma do biodireito. Belo Horizonte: Mandamentos; 2003.

[24] Fernandes MA, Evangelista CB, Platel IC dos S, Agra G, Lopes M de S, Rodrigues F de A. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. Ciência & Saúde Coletiva. 2013 [acesso 15 out 2021];18(9):2589-2596. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900013

[25] Ferreira APJ, Souza LJ, Lima AAF. O profissional de saúde frente à distanásia: uma revisão integrativa. Bioethikos 2011; 5(4):462-469.

[26] Figueiredo MTA. A história dos cuidados paliativos no Brasil. Rev Ciênc Saúde [Internet] 2010;1(2):1-2.Available from: http://186.225.220.186:7474/ojs/index.php/rcsfmit_zero/article/view/509

[27] Figueiredo, M. T. (2011). A História dos cuidados paliativos no Brasil. Revista Ciências da Saúde, 1(2), 2-3. http://186.225.220.186:7474/ojs/index.php/rcsfmit_zero/article/view/509/324

[28] Firmino F. A Enfermeira na história da implantação do Centro de Suporte Terapêutico Oncológico (CSTO): unidade IV do Instituto Nacional de Câncer (INCA) Cuidados Paliativos [Tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery; 2004. 122 p.

[29] Floriani, C. & Schramm, F. (2007). Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. Cadernos de Saúde Pública, 13(2), 2072-2080.

[30] FONSECA, A.; GEOVANINI, F. Cuidados Paliativos Na Formação Do Profissional Da Área De Saúde. Rev. Bras. Educ. Med., v., 37, n. 1, p. 120-125, 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0100-55022013000100017. Acesso 02 dez 2020.

[31] Gallagher A, Curtis K, Dunn M, Baillie L. Realising dignity in care home practice: an action research project. Int J Older People Nurs. 2017;12(2).

[32] GALRIÇA NETO, I. Princípios e filosofia dos Cuidados Paliativos. In: BARBOSA, A.; GALRIÇA NETO, I. (Org.) Manual de Cuidados Paliativos. 2.ed. Lisboa: Faculdade

[33] Goldsborough JL, Matzo M. Palliative Care in the Acute Care Setting. Am J Nurs Sci. 2017;117(9): 64-7.

[34] GONÇALVES, M. C. dos S.; BRANDÃO, M. A. G.; DURAN, E. C. M. Validação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem conforto prejudicado em oncologia. Acta Paul Enferm., v. 29, n. 1, p. 115-24, 2016. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/ape/v29n1/1982-0194-ape-29-01-0115.pdf>. Acesso 30 nov 2020.

[35] Habekost CD, Manfrin MR, Schwartz E, Arrieira IC de O. Hospice Care in Hospital Setting: the Experience of a Multidisciplinary Team. Texto ContextEnferm [Internet]. 2013 [acesso 15 jan 2022];22(4):1134-1141. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-

[36] HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. 10. ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.

[37] Hermes HB, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2013;18(9):1-12. https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012

[38] HERMES, H. R.; & LAMARCA, I. C. Cuidados Paliativos: Uma Abordagem A Partir Das Categorias Profissionais De Saúde. Cien. Saú. Colet., v. 18, n. 9, p. 2577-2588, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1413-81232013000900012.

[39] INCA. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2023 : incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. –Rio de Janeiro : INCA, 2022.

[40] Isoldi DM, Carvalho FP, Simpson CA. Contextual analysis of nursing assistance to a person with HIV/ AIDS. Rev Pesqui Saúde (Online). 2017; 9(1):273-8

[41] Junges JR. Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre a ortotanásia. Rev Bioet 2010; 18(2):275-288.

[42] Kloepfer M. Vida e dignidade da pessoa humana. In: Sarlet IW, organizador. Dimensões da dignidade: ensaios de filosofia do direito e direito constitucional. Porto Alegre: Livraria do Advogado; 2005. p. 153-84.

[43] Kovács MJ. Bioética nas questões da vida e da morte. Psicol USP [Internet]. 2003;14(2):115-67. Disponível: https://bit.ly/2rV7ZjJ

[44] Kubler-Ross, E. (1994). Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes.

[45] LEMOS, M.C.; PASSOS, J. P. Satisfação e frustração no desempenho do trabalho docente em enfermagem. Rev. Min. Enferm, S.L., v. 16, n. 1, p. 48-55, 2012.

[46] LINS, S. M.; SANTO, F. H.; FULY, P. S.; GARCIA, T. R. Subset of ICNP® diagnostic concepts for patients with chronic kidney disease. Rev Bras Enferm., v. 66, n. 2, p. 180-9, 2013. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672013000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>.

[47] Lopes CRA. Eutanásia: a última viagem. Rev. Faculdade de Direito da UERJ 2011; 1(19):1-26.

[48] MACÊDO, Jefferson Antônio Lima de Jesus. Cuidados paliativos no Brasil: revisão sistemática. 2015, 38f. Monografia (Conclusão de Curso de Medicina). Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. Salvador, Bahia, 2015.

[49] Machado MA. Cuidados paliativos e a construção da identidade médica paliativista no Brasil [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.

[50] MACIEL, M. G. S. Definições e princípios. In: ___. Cuidado Paliativo. São Paulo: Cremesp, 2008. p.18-21.

[51] MAIELLO, Ana Paula Mirarchi Vieira et al. Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo:Hospital SírioLibanês;Ministério da Saúde, 2020. 175 p.

[52] Marta GN, Hanna SA, Silva JLS. Cuidados paliativos e ortotanásia. Diagn. trat 2010; 15(2):58-60.

[53] MATSUMOTO Dalva Yukie. Cuidados Paliativos: conceitos fundamentos e princípio. In: Manual de cuidados paliativos. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 1.ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009, 320p.

[54] Mattos CW, D'Agostini DR. Cuidados paliativos providos por médicos de família ecomunidade na atenção primária à saúde brasileira. RevBrasMed Família e Comunidade. 2020 [acesso 04 nov 2021];15(42):2094. DOI: https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2094.

[55] MECHELEN, W. V.; AERTGEERTS, B.; DE CEULAER, K.; THOONSEN. B; VERMANDERE, M.; WARMENHOVEN, F. et al. Defining the palliative care patient: a systematic review. Palliat Med., v. 27, n. 3, p. 197-208, 2013. Disponível em http://pmj.sagepub. com/content/early/2012/02/06/0269216311435268.full.pdf+html.

[56] Melo AC, Valero FF, Menezes M. A intervenção psicológica em cuidados paliativos. Psicol Saúde Doenças [Internet]. 2013;14(3):452-69. Available from: https://scielo.pt/pdf/psd/v14n3/v14n3a07.pdf

[57] Melo AC. Os cuidados paliativos no Brasil. Revista Brasileira em Cuidados Paliativos, 2008; 1(1): 5-8.

[58] MENDES, K. D. S., SILVEIRA, R. C. C. P., & GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm. [online], v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-07072008000400018&script=sci_abstract&tlng=pt.

[59] MENDES; Ernani Costa; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 39, N. 106, P. 881-892, JUL-SET 2015

[60] Menezes RA. Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond/Fiocruz; 2004.

[61] Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Convênio celebrado entre o Instituto Nacional de Câncer – INCA e o Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico – GESTO. Instituto Nacional do Câncer; 1990B 9 p

[62] Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção erecuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF): 1990a [cited 2021 Jan 16]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

[63] NANDA internacional Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2018-2020. Organizadoras: T. Healther Herdman, Shigemi Kamitsuru; tradução; Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros [et. al.] Porto Alegre: Artmed, 2018.

[64] Nunes L. Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. Rev. Bioética [Internet]. 2008;16(1):41-50. Disponível: https://bit.ly/31yh0lO

[65] Oliveira LMS de, Almeida MLS de, Silva CPBV, Rosa DOS, Gomes NP, Pedreira LC. Aspectos Éticos Do Cuidado De Enfermagem Ao Idoso Em Cuidados Paliativos: Revisão

Integrativa. Enferm em Foco. 2021;12(2):393–9. DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.3321. Disponível em: http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3321/1148.

[66] Oliveira M, Gelbcke F, Rosa L, Vargas M, Reis J. Cuidados paliativos:visão de enfermeiros de um hospital de ensino. Enferm Foco. 2016;7(1):28-32

[67] OMS. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. Genève:OMS, 2012.

[68] OTHERO, M. B. Terapia Ocupacional na Assistência Oncológica em Geriatria e Gerontologia - Experiências em Cuidados Paliativos no setor privado, Hospital Premier, São Paulo-SP. In: _____. (Org.) Terapia Ocupacional: Práticas em Oncologia. São Paulo: Editora Roca, 2010. p.388-407.

[69] Parcianello MK, Fonseca GGP, Dias CFC. Acadêmicos de enfermagem frente à eutanásia e o direito de morrer com dignidade: breves reflexões. Ver Enferm Cent O Min 2012; 2(2):294-302.

[70] Perim SF, Heringer A. A eutanásia no Brasil. Ver Dir e Just 2008; 11:13-36.

[71] Pessini L. Distanásia: até quando investir sem agredir? Rev Bioet 2009; 4(1):1-11

[72] Pessini L. Eutanásia: por que abreviar a vida? São Paulo: Loyola; 2004.

[73] Picollo DP, Fachini M. A atenção do enfermeiro ao paciente em cuidado paliativo. Ver Ciênc Méd. 2018; 27(2):85-92.

[74] Pinto AC, Silva AMOP, Arantes ACLQ, Cunha AA, Nascimento AG, Américo AFQ, et al. Manual de Cuidados Paliativos, Rio de Janeiro 2009; 1: 14-62.

[75] PINTO, M. H.; CRUZ, M. F.; CESARINO, C. B.; PEREIRA, A. P.S.; RIBEIRO, R. C. H. M.; BECCARIA, L.M. O cuidado de enfermagem ao paciente oncológico fora de possibilidade de cura: percepção de um grupo de profissionais. Rev. Cogitare Enfermagem, v. 16, n. 4, p. 647-53, 2011. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/25433/17052.

[76] Pittelli SD, Oliveira RA. Eutanásia e sua relação com casos terminais, doenças incuráveis, estados neurovegetativos, estados sequelares graves ou de sofrimento intenso e irreversível e morte encefálica. Saúde, Ética & Justiça 2009; 14(1):32-39.

[77] RANALLO, L. Improving the quality of end-of-life care in pediatric oncology patients through the early implementation of palliative care. J Pediatric Oncology[Internet]., v. 34, n. 6, p. 374-80, 2017. Disponível em http://journals.sagepub.com/ doi/10.1177/1043454217713451.

[78] REGO, S.; PALÁCIOS, M. A finitude humana e a saúde pública. Cadernos de Saúde Pública, v.22, n.8, p.1755-60, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006000800025&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0102-311X2006000800025>. Acesso em: 20 abr. 2013.

[79] resenha_luta_contra_cancer.pdf.

[80] Ribeiro KV, Soares MCS, Gonçalves CC, Medeiros, IRN, Silva G. Eutanásia em paciente terminal: concepções de médicos e enfermeiros intensivistas. Enferm foco 2011; 2(1):28-32.

[81] RIBEIRO, J. P.; CARDOSO, L. S.; PEREIRA, C. M. S.; SILVA, B. T.; BUBOLZ, B. K.; CASTRO, C. K. Assistência de enfermagem ao paciente oncológico hospitalizado: diagnósticos e intervenções relacionadas às necessidades psicossociais e psicoespirituais. Rev pesqui cuid fundam., v. 8, n. 4, p. 36-42, 2016. Disponível em http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016. v8i4.5136-5142.

[82] RODRIGUES, Inês Gimenes. Cuidados paliativos análise de conceito,2014.

[83] Romero, Dália. A epidemiologia do envelhecimento: novos paradigmas? Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2022.

[84] Sancho MG, Trota RA, Cantera JB. Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones - Organización Médica Colegial y Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2015.

[85] Santos OM. Sofrimento e dor em cuidados paliativos: reflexões éticas. Rev. Bioét., 2011; 19(3): 683-695.

[86] Santos, André Filipe Junqueira dos Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019. -- 1. ed. --São Paulo : ANCP, 2020.

[87] SANTOS, D. B. A.; LATTARO, R. C. C.; ALMEIDA, D. A. Cuidados Paliativos De Enfermagem Ao Paciente Oncológico Terminal: Revisão Da Literatura. Rev. Inic. Cient. Da Libert., v, 1, p. 1, p. 72-84, 2011. Disponível em http://www.libertas.edu.br/revistalibertas/revistalibertas1/artigo05.pdf.

[88] Silva RS, Amaral JB, Malagutti W. Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte. São Paulo: Martinari; 2013.

[89] SILVA, Alexandre Ernesto. A produção de cuidados paliativos no contexto da atenção domiciliar. 2018. 169 f. Tese (Doutorado em Pós-Graduação em Enfermagem) – Universidade de Minas Gerais, Minas Gerais, 2018.

[90] SILVA, M. M. da.; ESTEVES, L. O.; MOREIRA, M. C.; SILVA, J. A.; MACHADO, S. da C.; CAMPOS, J. F. Perfil de diagnósticos de enfermeira em um hospital brasileño especializado em cuidados paliativos oncológicos. Ciencia y Enfermeria, v. 19. n. 1. p. 49-59, 2013. Disponível em <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-95532013000100005&lng=pt&nrm=iso>.

[91] SILVA, R. S. da.; PEREIRA, AL.; NÓBREGA, M. M. L. da MUSSI, F. C. Construção e validação de diagnósticos de enfermagem para pessoas em cuidados paliativos. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 25, e2914, 2017. Disponível em < https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2914.pdf>.

[92] SILVA, R. S.; PEREIRA, A.; CAMPOS, A. E. R. Caring for the patient in the process of dying at the Intensive Care Unit. Rev Esc Enferm USP. [Internet], v. 45, n. 3, p. 738-744, 2011. Disponível em < http:// www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/en_v45n3a27.pdf>.

[93] SIMÃO, Vilma Margarete; MIOTO, Regina Celia Tamaso. O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina. Saúde Debate, Rio de janeiro, v.40, n. 108, p. 156-169, jan-mar 2016.

[94] SLAMKOVÁ A, POLEDNÍKOVÁ L. Nursing diagnosis Chronic Pain from the patients' perspective. Kontakt., v. 18, n. 4, e224-e230, 2016. Disponível em < https://www.infona.pl/resource/bwmeta1.element.elsevier-2f24da72-3b24-3d1e-bdd0-40eec2046f76>.

[95] Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

[96] SOUSA, A. D. R. S.; SILVA, L. F. da; CAVALCANTI, A. C. D; GÓES, F. C. B.; MORAES, J. R. M. M. Instrumento assistencial de enfermagem em cuidados paliativos para centro de terapia intensiva pediátrica oncológica. Enferm. Foco, v. 10, n. 6, p. 28-34, 2019. Disponível em < https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1050583>.

[97] UBALDOM I.; MATOS, E.; SALUM, N. C. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I com base nos problemas de enfermagem segundo teoria de horta. Cogitare enferm [Internet]. v, 20, n. 4, p. 687-94, 2015. Disponível em <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/40468/26628>.

[98] WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Definition of palliative care., 2016. Available from: http://www.who.int/cancer/ palliative/definition/en/

[99] XAVIER, E. de C. L.; CORREA JÚNIOR, A. J. S.; CARVALHO, M. M. C. de; LIMA, F. R.; SANTANA M. E. de. Diagnósticos de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos segundo diagrama de abordagem multidimensional . Enferm. Foco, v. 10, n. 3, p.152-157, 2019. Disponível em < https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1050332>.

[100] YAO, Y.; STIFTER, J.; EZENWA, M. O.; LODHI, M.; KHOKHAR, A.; ANSARI, R.; KEENAN, G. M.; WILKIE, D. J. Infomarkers for transition to goals consistent with palliative care in dying patients. Palliat Support Care., v. 13, n. 5, p. 1427-34, 2015. Disponível em < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4685252/>.

www.poisson.com.br
contato@poisson.com.br

@editorapoisson

https://www.facebook.com/editorapoisson